FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — THÈSE — N° 69

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Jeudi 24 Novembre 1904, à 1 heure*

PAR

J. CORDIER

# Des Grossesses répétées

## Chez les Albuminuriques

*Président :* M. BUDIN, *professeur*

*Juges :* MM. DIEULAFOY, *professeur*
VAQUEZ et DEMELIN, *agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, rue Racine, 15

1904

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. DEBOVE. |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | P. POIRIER |
| Physiologie | Ch. RICHET. |
| Physique médicale | GARIEL. |
| Chimie organique et Chimie minérale | GAUTIER. |
| Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD |
| Pathologie médicale | HUTINEL. BRISSAUD. |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | CORNIL. |
| Histologie | MATHIAS DUVAL |
| Opérations et appareils | RECLUS. |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET. |
| Thérapeutique | GILBERT. |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | BROUARDEL |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | DEJERINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER. |
| Clinique médicale | HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY. |
| Maladies des enfants | GRANCHER. |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | JOFFROY. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND |
| Clinique chirurgicale | LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER. |
| Clinique ophtalmologique | De LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | GUYON. |
| Clinique d'accouchements | BUDIN. PINARD. |
| Clinique gynecologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |

## Agrégés en exercice.

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| AUVRAY | DESGREZ | LAUNOIS | POTOCKI |
| BALTHAZARD | DUPRE | LEGRY | PROUST |
| BRANCA | DUVAL | LEGUEU | RENON |
| BEZANÇON | FAURE | LEPAGE | RICHAUD |
| BRINDEAU | GOSSET | MACAIGNE | RIEFFEL (chef des travaux anat.) |
| BROCA (André) | GOUGET | MAILLARD | TEISSIER |
| CARNOT | GUIART | MARION | THIROLOIX |
| CLAUDE | JEANSELME | MAUCLAIRE | VAQUEZ |
| CUNEO | LABBE | MERY | WALLICH |
| DEMELIN | LANGLOIS | MORESTIN | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSARD

Médecin accoucheur à l'hôpital Tenon.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté.
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur.

# DES GROSSESSES RÉPÉTÉES
## chez les Albuminuriques

---

### AVANT-PROPOS

Il a été beaucoup écrit sur l'albuminurie de la grossesse et le sentiment qui se dégage de ces travaux est le danger que courent la mère et le produit de la conception. Pendant notre année de stage à la Maternité de l'hôpital Tenon, dans le service de M. le Dr Boissard, nous avons pu voir de quelle façon les femmes se comportaient en pareil cas.

Nous avons remarqué que souvent, des femmes, restées albuminuriques à la suite d'une première grossesse ou d'un état pathologique quelconque devenant enceintes plusieurs fois, ne voyaient pas leur état s'aggraver sensiblement, et que le produit de la conception valait celui des autres femmes non albuminuriques.

Notre maître, M. le Dr Boissard, attira notre atten-

tion sur cette étude intéressante et nous donna l'idée d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous avons fait ce travail sous sa direction et nous prions notre excellent maître de recevoir ici le témoignage de notre plus vive gratitude.

Puisque l'occasion s'en présente, nous tenons à adresser ici, en témoignage de reconnaissance, nos plus sincères remerciements à tous ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux et qui collaborèrent ainsi à notre éducation scientifique et professionnelle :

En chirurgie, MM. les docteurs :

QUÉNU, BLUM, POTHERAT

En médecine, MM. les docteurs :

SIREDEY, JEANSELME, LESAGE

En accouchements :

M. le Dr BOISSARD

En nous faisant le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, M. le professeur Budin a droit à tous nos sentiments de respectueuse gratitude.

## CHAPITRE PREMIER

### Introduction et généralités.

---

Les albuminuries rencontrées au cours de la grossesse sont-elles toujours des albuminuries gravidiques ? La clinique nous montre tous les jours combien sont nombreux les cas où la grossesse est le phénomène intercurrent.

Avant d'entreprendre cette étude il est nécessaire de mettre au point cette question par une classification simple.

L'albuminurie chez la femme enceinte peut être :

Albuminurie prégravidique ;

— gravidique proprement dite ;

— du travail.

L'albuminurie du travail, albuminurie d'effort, assez fréquente puisque les auteurs en signalent un cas sur quatre accouchements, disparaît en général rapidement ; elle cesse dès que le sang a repris son cours et sa tension physiologique et offre peu de

complications bien qu'on ait signalé des cas d'éclampsie consécutifs.

L'albuminurie gravidique, due à l'état de grossesse. Cette variété a été très discutée.

Pour Lecorché et Talamon elle serait toujours un phénomène pathologique : il n'y aurait pas d'albuminurie gravidique proprement dite, mais des albuminuries dues à des néphrites antérieures, manifestes ou latentes, ou à des causes diverses et accidentelles : infection aiguë, refroidissement, qui auraient aussi bien déterminé l'albuminurie hors l'état de grossesse. Nous reconnaissons l'existence de ces albuminuries indépendantes de la grossesse, quoique non prégravidiques, complications de maladies de cœur, maladies infectieuses, la grossesse créant du côté du rein un état anatomique favorable ; mais nous admettrons cependant une albuminurie gravidique proprement dite, véritable intoxication gravidique par insuffisance d'un foie qui laisse au rein un travail d'épuration trop considérable.

Reste maintenant l'albuminurie, que nous appellerons albuminurie prégravidique, due à des lésions rénales, existant déjà avant la conception, ou se manifestant seulement au cours de la gestation, mais relevant d'une néphrite antérieure.

C'est cette variété d'albuminurie qui fait l'objet de notre thèse.

A côté des brightiques, nous voyons des femmes avoir de l'albuminurie à chaque nouvelle grossesse : avons-nous affaire à une simple albuminurie gravi-

dique, récidivante, sans lésions rénales ? Le fait peut être possible ; mais dans la majorité des cas nous penserons que les reins sont lésés.

Nous savons en effet qu'une albuminurie prolongée sans néphrite peut finir par produire l'inflammation du rein ; si la filtration de l'albumine persiste longtemps après l'accouchement on doit craindre une altération organique définitive.

Quelle a été la cause de cette albuminurie ? Quelle en sera l'évolution et quelle sera la résistance des malades à cet état ? Que deviendront-elles avec plusieurs grossesses ? Le pronostic doit-il être aussi sombre que le veulent certains auteurs et qu'on est tenté de le faire toutes les fois que l'analyse décide de l'albumine dans les urines d'une femme enceinte ? Avons-nous des moyens de diagnostic et de pronostic ?

S'appuyant sur des cas pris à la Maternité de l'hôpital Tenon, notre honoré Maître, M. le Docteur Boissard, concluait que l'on pouvait réagir contre l'idée admise. La gestation est vraiment dangereuse pour les albuminuriques. Ce danger est réel : trop souvent l'albuminurie est meurtrière ; mais il y a des albuminuries bénignes. Malgré une surveillance absolument négligée et des soins donnés véritablement par hasard, on voit ces femmes mener à bien leur grossesse, aussi bien pour elles-mêmes que pour le produit de la gestation.

Nous chercherons donc successivement les rapports de la grossesse avec les albuminuries prégra-

vidiques brightiques et non brightiques ; les rapports de ces albuminuries avec l'allaitement ; l'avenir du fœtus ; les moyens de diagnostic, de pronostic et de traitement.

Nous rapportons quelques cas observés parmi les nombreuses albuminuriques que nous avons vues à la maternité de l'hôpital Tenon au cours de notre stage, et nous ne croyons pas avoir eu affaire à une série heureuse. Nous n'avons retenu que les observations vérifiables et chez des femmes ayant eu plusieurs grossesses.

## CHAPITRE II

### Grossesses répétées chez les Brightiques.

Comme le dit le professeur Budin (Budin et Demelin. *Manuel d'accouchements*) : « Les femmes brightiques peuvent devenir enceintes, mais elles voient alors leur néphrite s'aggraver : l'albuminurie augmente ; les œdèmes réapparaissent ou s'accroissent, avec les troubles gastriques et les douleurs de tête.

La dyspnée survient aussi ; les urines se font rares et si quelquefois la grossesse arrive à terme et se termine heureusement, bien souvent, par contre, elle est interrompue, soit par l'avortement, soit par l'accouchement prématuré. La mort du fœtus dans la cavité utérine a lieu, soit par décollement placentaire, soit par hémorrhagie interstitielle (*infarctus des cotylédons*).

Il se peut aussi que l'accouchement se fasse à terme et donne naissance à un fœtus vivant, mais mal développé, comme atrophique, véritable débile malgré le temps qu'il a passé dans l'utérus. Dans ces cas le pla-

centa présente, soit des infarctus récents, soit des foyers blancs plus ou moins anciens de dégénérescence *vitro-graisseuse.* »

Nous avons observé deux femmes dont nous relatons les observations et chez lesquelles l'albuminurie se montra vraiment toxique.

La première (Obs. I) eut cinq grossesses consécutives; elle ne put en poursuivre aucune plus de sept mois.

La deuxième (Obs. II) eut une première grossesse qu'elle mena à terme, puis trois grossesses qui se terminèrent par expulsion du produit avant terme, et chaque fois à des dates plus rapprochées de l'époque présumée de la conception.

OBSERVATION I (Personnelle).

Rose F..., 27 ans, ménagère, entre le 23 juillet 1904 dans le service de M. le Docteur Boissard, à l'hôpital Tenon, parce qu'elle a des maux de tête violents et des vomissements fréquents.

C'est une femme enceinte pour la cinquième fois, toujours bien réglée depuis l'âge de 12 ans, et dont la dernière apparition des règles date du 20 au 24 janvier 1904. Elle est donc enceinte de six mois environ. L'utérus est normalement développé. L'enfant est vivant. La mère présente de l'enflure des paupières et des malléoles. L'examen par l'acide azotique décèle l'albumine dans les urines. La malade déclare qu'elle urine peu. Elle présente en somme des signes d'intoxication urémique.

Ses antécédents héréditaires sont nuls.

Comme antécédents personnels :

A 2 ans coqueluche.

A 6 ans rougeole.

A 21 ans, première grossesse. Etant enceinte de deux mois elle est prise subitement de douleurs. Elle se présente à l'hôpital Tenon où on l'admet, et quelques heures après son entrée elle fait un avortement de deux mois. Les urines sont examinées : elles contiennent de l'albumine. Depuis la disparition des règles, la malade souffrait de douleurs gastriques ; le matin au réveil elle avait les paupières gonflées. Elle repart de l'hôpital après dix jours de traitement n'ayant plus que des traces d'albumine.

A 22 ans ; deuxième grossesse. Répétition des mêmes phénomènes : mais les douleurs ne la prennent qu'au bout de trois mois, amenant l'expulsion d'un fœtus mort. L'albuminurie est plus considérable que la première fois. Pendant cette grossesse elle a ressenti les mêmes troubles. Elle repart relativement guérie au bout de 10 jours.

A 23 ans, troisième grossesse terminée cette fois par un avortement de quatre mois, et expulsion d'un fœtus mort. Les urines sont très albumineuses. Les jambes un peu enflées. Elle repart après quelques jours de traitement n'ayant plus d'albumine.

A 24 ans, quatrième grossesse, quatrième avortement.

Cette fois les douleurs ne la prennent qu'à la fin du sixième mois. Le 7 octobre 1903 elle expulse un fœtus macéré, mort depuis quatre jours au moins. Les urines contiennent de l'albumine. Les jambes sont œdématiées. La malade soignée repart guérie.

A 27 ans, cinquième grossesse en cours, enfant vivant. Nous la voyons à ce moment. Les dernières règles datent du 24 janvier 1904 : elle est enceinte de six mois environ. Elle se plaint d'être plus mal qu'aux grossesses précédentes. Elle vomit fréquemment,

souffre beaucoup de la tête et du creux épigastrique. Les paupières et les malléoles sont enflées. La respiration est accélérée. Les bruits du cœur sont fortement frappés. Les urines sont foncées et troubles : elles contiennent de l'albumine. La malade est aussitôt soumise au repos absolu et au régime lacté. On dose l'albumine au tube d'Esbach.

Le 23 juillet 1904 : Urines. 200 grammes. Albumine 6 grammes.

Le 24 juillet 1904 : Urines 500 grammes. Albumine 3 grammes.

Le 25 juillet 1904 : Urines, 700 grammes. Albumine 2 gr. 50.

Le 26 juillet 1904 : Urines, 950 grammes. Albumine 0 gr. 80.

Le 27 juillet 1904 : Urines, 1200 grammes. Albumine 1 gramme.

Le 28 juillet 1904 : Urines, 1200 grammes. Albumine 0 gr. 50.

Les urines sont beaucoup plus claires et les vomissements ont cessé. L'enflure a presque disparu. La malade se trouvant bien, part, promettant de suivre le régime lacté.

OBSERVATION II (personnelle).

Eugénie E..., 26 ans, ménagère, est apportée le 17 mai 1904 à la maternité de l'hôpital Tenon venant de faire chez elle un avortement de 6 mois. La délivrance reste à faire. Elle présente de l'œdème des jambes avec varices nombreuses et une cicatrice d'ulcère variqueux à la jambe droite. C'est une femme qui était enceinte pour la quatrième fois ; sans antécédents héréditaires, toujours bien réglée depuis l'âge de 13 ans.

Comme antécédents personnels, elle a eu la rougeole étant enfant, à un âge qu'elle ne peut déterminer. Puis :

Une première grossesse à 19 ans : Etant enceinte de six mois, elle vient consulter. On constate une grossesse normale avec enfant vivant, et une quantité appréciable d'albumine. Les

jambes sont œdématiées, variqueuses. On l'engage à se surveiller et elle accouche à terme d'un enfant vivant quelle nourrit au sein jusqu'à 14 mois, époque où il meurt de méningite.

Deuxième grossesse à 21 ans. A sept mois elle est prise de douleurs et accouche chez elle d'un enfant vivant qui meurt au bout de 2 jours. Les jambes sont œdématiées. Les urines examinées par la sage-femme contiennent de l'albumine.

Troisième grossesse à 22 ans. Etant enceinte de 6 mois environ elle est prise subitement de douleurs et accouche d'un enfant vivant, mais qui meurt au bout de quelques minutes. Elle est soignée chez elle et mise au régime lacté parce que ses urines contiennent de l'albumine.

Quatrième grossesse à 26 ans; étant enceinte de 6 mois, le 16 mai 1904 elle est prise de douleurs, et le 17 elle accouche chez elle d'un macéré. Comme la délivrance ne se fait pas, on l'apporte à la Maternité de l'hôpital Tenon, ainsi que le macéré. Nous la voyons à ce moment. La malade est pâle; très affaiblie, elle a perdu beaucoup de sang et se plaint beaucoup de douleurs à la nuque. Les jambes sont œdématiées. Les urines sont foncées et troubles: elles contiennent de l'albumine. La respiration est pénible, le pouls accéléré. L'examen du cœur dénonce de la tachycardie, un roulement et de l'hypertrophie de la pointe. On délivre artificiellement la malade. Le placenta présente des infarctus et pèse 170 grammes. Le macéré pèse 300 grammes.

Le 18 mai elle a uriné 950 grammes. L'albumine dosée au tube d'Esbach donne 0,40 par litre. La malade soumise au repos et au régime lacté repart au bout de quelques jours; elle n'a plus que des traces d'albumine.

Ces deux malades ne sont pas atteinte d'un mal de Bright aigu ; l'évolution rapide de la maladie ne leur aurait pas permis ces grossesses répétées. Mais

il est certain qu'elles ont des lésions rénales constituées. D'où proviennent ces lésions ? Est-ce que ces malades avaient antérieurement des lésions manifestes et que la gestation a aggravées ou latentes et qu'un plus grand travail du rein a réveillées. Toutes les deux ont eu la rougeole. Elles ont pu subir en outre l'influence d'une cause irritative quelconque : froid, contusion, alcoolisme. Il se peut aussi que la lésion rénale ait été constituée par la première grossesse et qu'une albuminurie gravidique proprement dite ait produit une néphrite persistante.

Dumas (Thèse d'agrégation, 1880) différencie ainsi deux variétés : « L'une qui serait due à une cause quelconque étrangère à la grossesse et ayant agi antérieurement à elle, l'autre produite par des grossesses antérieures et disparaissant dans les intervalles, qui reparaîtrait à chaque nouvelle gestation, l'une et l'autre ayant comme caractère commun de recevoir de la part de celle-ci une impulsion chaque fois plus accentuée, d'où la gravité des grossesses répétées dans l'un comme dans l'autre cas ». Il dit d'autre part : « Aussi certains médecins sont d'avis d'interdire la grossesse lorsqu'il y a eu antérieurement albuminurie, même celle-ci n'ayant pas été gravidique ».

Le conseil est prudent, car la clinique enseigne que toute femme qui conserve de l'albuminurie est dans une situation grave ou précaire étant aggravée par l'apparition d'une nouvelle grossesse. Nous sommes encore sous cette impression. Est-elle réelle ou constante. Réelle et constante nous l'admettons

pour les albuminuriques brightiques. Mais pour les albuminuries non brightiques il y a lieu de faire une distinction, car l'observation nous montre des albuminuries qui ne paraissent pas aggraver l'état de la femme.

## CHAPITRE III

### Grossesses répétées chez les albuminuriques.

Il y a un grand nombre de cas où les albuminuriques deviennent enceintes et où l'état ne semble pas s'aggraver, et ces femmes ont souvent de grandes quantités d'albumine. Nous n'avons pas l'intention d'établir une statistique ni de chercher à donner une proportion. Nous voyons des femmes souffrir de cet état et même fréquemment succomber. Combien plus souvent encore voyons-nous le fœtus expulsé avant terme, mort ou non viable par le fait de l'albuminurie maternelle. Ce sont ces cas fréquemment malheureux qui ont prévalu sur l'opinion et amené les auteurs à formuler un pronostic sévère. Eh bien ! toute femme enceinte albuminurique n'est pas fatalement condamnée à l'éclampsie et à l'avortement et à tous les dangers de l'albuminurie.

A côté des cas malheureux et graves, il y a des cas heureux et bénins. Nous n'apportons comme preuve

à l'appui que quatre cas que nous avons observés. Mais le fait doit être fréquent. Si nous avons reconnu que ces malades étaient des albuminuriques, c'est que systématiquement nous examinons à ce point de vue toutes les urines des femmes qui viennent se faire soigner. Ces malades sont venues à la Maternité de l'hôpital Tenon pour accoucher ou se renseigner sur l'état de leur grossesse. Jamais le moindre trouble n'est survenu pour les décider à consulter un médecin. Une statistique serait difficile dans ces cas ; trop de malades nous échapperaient. Nous nous contenterons de constater le fait et de l'étudier.

OBSERVATION III (personnelle).

Marie L..., âgée de 23 ans, vient consulter le 7 avril 1904 à la Maternité de l'hôpital Tenon pour se renseigner sur l'état de sa grossesse.

Elle est enceinte d'environ 8 mois. La conception a eu lieu alors qu'elle allaitait, pendant l'aménorrhée.

Comme pour toutes les consultantes, on examine ses urines et on trouve de l'albumine.

Elle est enceinte pour la troisième fois.

Pas d'antécédents héréditaires.

Les antécédents personnels sont bons. Elle n'a jamais été malade, ni même indisposée.

Première grossesse à terme le 28 avril 1901. Elle accouche spontanément chez elle d'un enfant bien portant. La sage-femme qui la soigne la met au régime lacté parce que ses urines sont albumi-

neuses. L'enfant est envoyé en nourrice à la campagne et devient rachitique.

Deuxième grossesse à terme le 20 avril 1902. Quatre jours avant l'accouchement la malade vient consulter à la Maternité de l'hôpital Tenon. Comme ses urines sont très albumineuses on l'engage à rester pour être soignée. Le tube d'Esbach donne à son entrée 8 grammes d'albumine par litre. On la met au régime lacté absolu. Au moment de l'accouchement elle n'a plus que 4 grammes d'albumine. On continue à ne lui donner comme alimentation que trois litres de lait par jour. Elle part au bout de 8 jours ayant encore 1 gramme d'albumine. Elle suit d'abord un régime mixte, puis le supprime.

L'enfant venu à terme bien portant est élevé au sein par la mère pendant 17 mois jusqu'au mois d'août 1903, époque où elle devient de nouveau enceinte et supprime l'allaitement. L'enfant est bien développé.

Troisième grossesse : Elle vient consulter le 7 avril 1904 pour se renseigner sur son état et parce qu'elle avait eu de l'albumine aux grossesses précédentes.

Elle est enceinte de 8 mois environ. L'utérus est développé normalement. Les urines très albumineuses donnent 3 gr. 50 d'albumine par litre au tube d'Esbach.

Comme elle ne veut pas rester à la Maternité on l'engage à suivre un régime et à revenir consulter tous les 8 jours.

Nous la revoyons le 16 avril ; elle n'a pris que du lait. L'albumine dosée donne 2 grammes par litre au tube d'Esbach.

Nous n'avons pas revu la malade. Sans doute, se trouvant très bien a-t-elle accouché chez elle. Comme précédemment elle a dû mener sa grossesse à terme.

En résumé, albuminurie persistante. Jamais le moindre trouble et trois grossesses à terme. Si elle avait

allaité elle-même son premier enfant il ne serait certainement pas devenu rachitique.

Le second élevé par elle est très bien portant.

## OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. Chahuet, externe de M. le Dr Launois, médecin de l'hôpital Tenon.

Eugénie D..., ménagère, âgée de 37 ans, entrée le 29 mars 1904 dans le service du D Launois et soignée pour une bronchite.

Toujours bien réglée depuis l'âge de 11 ans, mariée à 16 ans, elle a eu de 17 à 32 ans 6 grossesses accompagnées d'albuminurie et toutes menées à terme. Elle n'a jamais été malade sauf après sa quatrième grossesse, époque où de violentes douleurs lombaires l'ont condamnée au repos pendant plusieurs mois.

A 17 ans, première grossesse. Elle accouche à terme à la Maternité de l'hôpital Tenon d'un garçon vivant pesant 4000 grammes. Elle est soumise au régime lacté parce que ses urines sont albumineuses.

A 19 ans, deuxième grossesse. Elle accouche à terme à la clinique Tarnier d'un garçon vivant pesant 4.500 grammes. Albuminurie persistante.

A 21 ans, troisième grossesse. Albuminurie notable. Accouchement spontané à terme à Tarnier d'un garçon pesant 5500 grammes.

A 30 ans, quatrième grossesse. Albuminurie persistante. Accouchement à terme d'une fille vivante pesant 6000 grammes.

A 31 ans 1/2, cinquième grossesse. Albuminurie. Accouchement spontané à terme d'un garçon vivant pesant 5050 grammes.

A 32 ans, sixième grossesse accompagnée d'albuminurie. Accou-

chement spontané à terme d'un garçon vivant pesant 4648 grammes.

A chaque grossesse la malade est venue consulter comme on le lui avait recommandé ; l'examen des urines décelait l'albumine.

Le 21 décembre 1903, elle vint consulter à l'hôpital Tenon pour une bronchite : on trouve de l'albumine dans ses urines et on la garde. Ce n'est qu'après deux mois de traitement que l'albumine disparaît, et la malade n'était pas enceinte.

Cette malade a eu à terme 6 enfants très forts puisque le moins gros pesait 4000 grammes. Chaque accouchement s'est accompagné d'une déchirure du périnée et elle a aujourd'hui une éventration.

Sur ces 6 enfants, deux sont morts le premier du croup, le sixième de cyanose. Ils n'ont pas été victimes de l'albuminurie maternelle. Les autres se portent aujourd'hui très bien et sont très bien constitués.

Donc, 4 enfants vivants bien portants, malgré l'albuminurie tenace de la mère.

OBSERVATION V (personnelle).

Fideline G..., 37 ans, ménagère, accouche à la maternité de l'hôpital Tenon, le 8 mars 1904, d'un garçon vivant, bien constitué pesant 4550 grammes.

Cette malade, albuminurique depuis longtemps, a déjà eu 10 enfants depuis sa vingtième année.

Comme antécédents héréditaires : un père mort à 49 ans, d'un ulcère de l'estomac ; la mère est bien portante.

Comme antécédents personnels, elle a toujours été bien réglée depuis l'âge de 15 ans.

Etant enfant elle a eu la rougeole et la scarlatine, a 15 ans une

angine, et 10 grossesses qui chaque fois furent accompagnées d'albuminurie.

Première grossesse à 20 ans, enfant né à terme, bien portant.

Deuxième grossesse à 21 ans 1/2, enfant né à terme, bien portant.

Troisième grossesse à 23 ans, enfant né à terme, bien portant.

Quatrième grossesse à 24 ans 1/2, enfant né à terme, bien portant.

Cinquième grossesse à 26 ans 1/2, enfant né à terme, bien portant.

Sixième grossesse à 28 ans 1/2, enfant né à terme, bien portant.

Septième grossesse à 30 ans 1/2, enfant né à terme, bien portant.

Huitième grossesse à 33 ans, enfant né à terme, bien portant.

Neuvième grossesse à 34 ans, enfant né à terme, vivant, mais maladif. La mère, venue consulter 3 semaines avant le terme, est gardée en traitement quelques jours pour albuminurie. Elle repart non guérie.

Dixième grossesse à 35 ans 1/2, accouchement spontané à terme d'un garçon vivant, bien portant, qui meurt au bout de six jours de cyanose.

En mai 1903, elle vint consulter à l'hôpital Tenon, pour malaises et indigestions. On trouve de l'albumine dans ses urines.

Onzième grossesse. En février 1904, étant enceinte de 8 mois (dernières règles le 26 juin 1903), elle vient consulter à la maternité de l'hôpital Tenon. Ses jambes, très variqueuses, sont œdématiées. Les urines sont albumineuses et donnent au tube d'Esbach 2 grammes d'albumine par litre.

Le 8 mars, elle revient étant à terme et en douleurs. Après 4 heures de travail elle accouche spontanément d'un garçon vivant pesant 4550 grammes, et bien constitué.

Nous la voyons à ce moment. La délivrance ne se faisant pas et

la malade perdant beaucoup de sang, on retire artificiellement un placenta normal, pesant 720 grammes.

Au moment de l'accouchement les urines dosées au tube d'Esbach contiennent encore 0 gr. 60 d'albumine. La malade, très affaiblie, reçoit 500 grammes de sérum artificiel.

Elle repart après 10 jours de régime lacté ayant encore 0, 20 d'albumine, mais se trouvant très bien. L'enfant est très bien portant.

En résumé, cette femme, albuminurique persistante a eu 11 enfants à terme. Sur 11, 7 vivent et sont bien portants, un vit, mais est maladif, le neuvième. Trois sont morts : le quatrième à 9 ans, le cinquième à 14 mois, de pneumonie, le dixième quelques jours après la naissance, de cyanose. Elle n'a jamais eu de troubles. Le cœur est normal.

OBSERVATION VI (personnelle).

Maria G..., 25 ans, ouvrière de manufacture, entre le 2 avril 1904 à la salle de travail de la maternité de l'hôpital Tenon, enceinte pour la quatrième fois, à terme, et avec des urines très albumineuses.

*Antécédents héréditaires.* — Père bien portant, mère morte asthmatique ; 9 frères et sœurs bien portants.

*Antécédents personnels.* — A marché à 18 mois, a été réglée à 15 ans 1/2 et a eu la chorée.

Elle a toujours été bien réglée et a eu quatre grossesses à terme en comprenant la grossesse actuelle.

Première grossesse à terme le 22 février 1899.

Accouchement spontané d'un garçon vivant, pesant 3550 grammes, à la Maternité de l'hôpital de la Charité. Dix jours avant

d'accoucher elle vient consulter. Les urines sont albumineuses; le tube d'Esbach donne 3 grammes d'albumine par litre.

Elle se met chez elle au régime lacté et revient accoucher à l'hôpital. Elle en repart au bout de 10 jours ayant encore 0 gr. 50 d'albumine. De retour chez elle ne continue pas à se soigner.

Deuxième grossesse à terme le 26 juillet 1900, elle accouche chez elle spontanément d'un garçon vivant pesant 4000 gr. La sage-femme qui la soigne lui fait suivre le régime lacté parce qu'elle a de l'albumine.

Troisième grossesse à terme le 6 décembre 1902. Elle entre quelques jours avant à la maternité de l'hôpital Tenon avec 8 grammes d'albumine ; elle accouche spontanément d'un garçon vivant pesant 3900 gr. On la soigne pendant 10 jours et elle repart avec 1 gr. 80 d'albumine. Rentrée chez elle, elle cesse de se soigner.

Quatrième grossesse. Dernières règles du 20 au 26 juin 1903. Elle entre le 2 avril 1904 à la Maternité de l'hôpital Tenon avec 8 grammes d'albumine. Elle accouche spontanément à terme d'un garçon vivant bien portant pesant 3750 gr. Délivrance naturelle complète : le placenta présente quelques infarctus blancs et pèse 580 grammes. Le malade a un peu d'œdème des jambes.

Soumise au régime lacté, elle voit l'albuminurie diminuer et tomber à 3 grammes par litre au bout de 8 jours de traitement, le 10 avril.

Le 11 avril, elle a 6 grammes d'albumine par litre d'urine.

Le 12, 8 grammes, et malgré les conseils, se sentant très bien, elle part chez elle avec cette forte dose d'albumine.

Cette femme n'a jamais ressenti le moindre trouble et est mère de quatre enfants élevés au sein maternel, très bien portants et normalement développés.

En général, l'albuminurie gravidique, même celle des éclamptiques, disparaît rapidement, et nous consi-

dérons comme albuminuriques permanentes les femmes qui conservent de l'albumine plus de trois semaines après l'accouchement. Nous venons de voir comment se sont comportées ces femmes, albuminuriques indélébiles, en face de grossesses répétées.

Un grand nombre de cas sont certainement méconnus. Beaucoup de cas considérés plutôt comme un accident banal que comme une maladie sont souvent déclarés trop vite guéris. C'est ainsi que nous voyons des albuminuries légères, rapidement disparues, et retrouvées à l'occasion d'une nouvelle grossesse, souvent plus accentuées. Ce fait prouve évidemment la réalité de la lésion rénale.

Valette (Thèse de Paris 1900 : *L'albuminurie à l'hôpital Tenon*) trouve la proportion de 1 albuminurique sur 8 femmes enceintes, d'où 1 sur 5 primipares, 1 sur 11 multipares. La plupart de ces femmes n'ont pas souffert de leur état, et si en présence d'une néphrite aiguë, d'une brightique avérée, il convient de réserver le pronostic, il n'en est pas moins certain que le plus souvent on a des rémissions très longues qu'une nouvelle grossesse vient interrompre par le changement brusque des conditions vitales de l'organisme maternel ; mais que les accouchements ultérieurs ne sont pas si redoutables qu'on a bien voulu le dire.

Si la première grossesse est propice à réveiller dans le rein un processus inflammatoire mal éteint, il semble que les grossesses qui suivent évoluent aux dépens d'un organisme mieux préparé.

Pourquoi n'y aurait-il pas compensation ? Ces lésions dont ces malades sont atteintes ne sont pas généralisées, mais lésions de néphrite parcellaire avec suppléance des éléments rénaux sains. Sans cette suppléance ces malades n'auraient pas si facilement supporté et mené à bien ces grossesses répétées.

## CHAPITRE IV

### Diagnostic et pronostic.

---

Une précaution, que nous signalerons sans insister, est de ne pas prendre une fausse albuminurie pour une vraie, et pour cela de toujours prendre l'urine à analyser dans la vessie au moyen d'une sonde.

On évitera ainsi les erreurs fréquentes causées par la présence de pus, de sang, de liquide amniotique dans les urines.

En présence d'une femme albuminurique pouvons-nous cliniquement ou expérimentalement faire le diagnostic de la lésion et le pronostic.

Dumas (Thèse d'agrégation), conclut à l'albuminurie aiguë en présence d'une urine albumineuse peu abondante et foncée et à l'albuminurie chronique en présence d'une urine albumineuse abondante et pâle. Toutes les deux laissant au repos un dépôt variable.

Le professeur Jaccoud distingue trois types d'uri-

nes albumineuses correspondant à des états différents.

Urine albumineuse avec ses caractères normaux. Urine albumineuse de quantité faible, foncée, avec augmentation de ses éléments solides.

Urine albumineuse de quantité forte, pâle, avec diminution de ses éléments solides.

Il faut tenir compte en effet des différents facteurs, car le danger n'est pas proportionnel à la quantité d'albumine. La présence de l'albumine, si elle indique l'intoxication de la malade, n'indique pas le genre de la lésion.

L'étude des éléments entraînés par l'urine, dit le professeur Jaccoud, équivaut à la constatation directe de l'état des reins ; elle permet de suivre la marche progressive ou rétrograde des lésions dont ils sont le siége. Il donne ensuite dans l'ordre suivant les caractères de ces éléments comme représentant une sorte d'échelle de gravité croissante.

Epithélium rénal désagrégé ; cylindres épithéliaux, colloïdes, avec ou sans épithélium normal : albuminurie non fatalement persistante, pronostic suspendu.

Cylindres granulo-graisseux : valeur douteuse ; état transitoire.

Cylindres graisseux, cylindres hyalins ou séreux : Valeur absolue. Mal de Bright.

Une preuve pourrait venir encore à l'appui du diagnostic et faciliter le pronostic : l'expérience de la toxicité du sérum ou de l'urine. Car en présence de

sédiments urinaires contenant des cylindres variés nous avons toujours l'espoir de la suppléance des éléments rénaux dans les cas de lésions parcellaires. Et nous insistons sur cette suppléance qui permet des grossesses répétées sans accidents graves.

C'est en tenant compte des différents facteurs, cliniques et expérimentaux, que nous pourrons formuler le pronostic. Mais il importe que ces malades se surveillent avec soin.

Le Professeur Budin dit en effet (*Manuel d'accouchements*) : « Certaines femmes restent albuminuriques après leur première grossesse. D'autres paraîtront guéries complétement ; les urines redevenant normales à une époque variable du *post-partum*. Mais elles sont reprises à chaque grossesse ultérieure, l'albuminurie revenant et disparaissant jusqu'au jour où après un certain nombre de grossesses le mal de Bright est définitivement installé ».

Nous devons toujours penser à la persistance possible de l'albuminurie après l'accouchement et à l'existence d'une lésion rénale antérieure chez une femme albuminurique.

L'abondance de l'albumine ne nous renseigne pas exactement sur la gravité de l'état.

Il est certain que ces femmes courront plus de danger que les autres, au moment de la délivrance par exemple. Les hémorrhagies sont plus fréquentes chez les albuminuriques. Dans la thèse de Martin nous trouvons que 29, 6 o/o des albuminuriques accouchent prématurément, et que l'avortement se

produit dans 6, 7 o/o des cas. Un grand nombre mènent donc à bien leur grossesse.

Le pronostic éloigné est difficile à faire. Il varie avec la lésion. Malgré le manque de soins nos malades (Obs. III. IV. V. VI) ont bien supporté leur état et n'inspirent pas d'inquiétude.

Peut-être qu'un régime approprié eût bien changé le résultat pour nos deux autres malades (Obs. I et II), car aucune de ces femmes ne s'est inquiétée.

Enfin si 16 o/o environ des cas de mort-nés (Thèse de Caillart) relèvent de l'albuminurie, d'après Germont (Thèse de Paris, 1896) pour 25 enfants qui meurent chez ces albuminuriques non soignées, il n'y en a que 3 chez les albuminuriques soignées.

Dans un relevé fait par Petit, sur 11 enfants à terme chez des femmes albuminuriques, nous trouvons les chiffres suivants :

| | |
|---|---|
| de 3500-4000 gr. | 3 fois ; |
| de 3000-3500 | 4 fois ; |
| de 2500-3000 | 2 fois ; |
| de 2000-2500 | 2 fois. |

La vie et le développement du fœtus sont en somme fréquemment peu gênés par l'albuminurie maternelle, et seront encore mieux à l'abri des accidents si la mère prend la précaution de suivre un régime.

Quant aux femmes que nous avons observées leurs enfants sont proportionnellement aussi bien développés que ceux des femmes non albuminuriques.

## CHAPITRE V

### Allaitement chez les albuminuriques.

Est-ce que ces femmes devront allaiter leurs enfants ?

Pendant longtemps, l'allaitement fut défendu aux femmes albuminuriques.

Dumas et Cassin qui étudièrent la question n'étaient pas partisans de l'allaitement maternel lorsque l'albuminurie tardait à disparaître.

Cette question a été reprise par Gamulin (Thèse de Paris, 1896) et Iocklevitch (Thèse de Paris, 1899). Ils tirent de leurs observations des conclusions positives en faveur de l'allaitement maternel.

En tout cas la lactation n'est pas plus irrégulière chez ces femmes que chez les autres, et la proportion de bonnes et de mauvaises nourrices est sensiblement la même dans les deux cas.

Nous ne conseillerons pas, certes, l'allaitement à une femme que sa néphrite aura épuisée et cachecti-

sée ; notre conduite serait la même auprès de n'importe quelle femme affaiblie.

Quant à l'enfant, il ne semble pas souffrir de l'allaitement d'une mère albuminurique.

Gamulin conclut sur les 158 observations qu'il publie, que les enfants des albuminuriques nourris par leur mère se développent et augmentent de poids dans la même proportion que les autres enfants, et d'autre part que les mères n'éprouvent pas de retentissement fâcheux ni du côté de l'albuminurie, ni du côté de leur état général.

Iocklevitch publie 44 observations de femmes accouchées à la clinique Tarnier et qui ont nourri leurs enfants. Tous ces enfants ont quitté l'hôpital en bon état et en bonne voie d'accroissement.

27 pesaient moins de 3000 gr. ;
11 de 3000 à 3500 gr. ;
6 plus de 3500 gr. ;

et il ne reconnaît d'autre empêchement momentané à l'allaitement par la mère, que l'éclampsie ou l'hémorrhagie grave.

Le professeur Budin, qui a pu suivre ces nourrissons d'albuminuriques à sa consultation pendant plusieurs mois, conclut : « que contrairement à l'opinion formulée autrefois, les femmes qui ont eu de l'albuminurie, même celles qui ont eu des attaques d'éclampsie, peuvent nourrir leurs enfants ».

Nous-même chez nos malades albuminuriques n'avons rien constaté d'anormal dans le développement des enfants élevés au sein.

## CHAPITRE VI

### Traitement.

Nos malades ont mené à bien leurs grossesses, malgré le manque de soins, et ne semblent pas avoir vu leur état s'aggraver. S'ensuit-il pour cela, qu'elles doivent être négligées? Non, car il ne faut pas tenir compte seulement du résultat immédiat; il faut prévoir l'avenir qui peut leur être réservé, la généralisation ou l'aggravation des lésions rénales.

En présence de symptômes d'auto-intoxication, de troubles graves, le régime lacté absolu s'impose, du moins momentanément : lait pur ou coupé d'eau de Vals ou d'Evian.

Les précautions habituelles, repos, température moyenne et constante, seront prises. On évitera la constipation et les causes de refroidissement.

Mais ces malades, albuminuriques indélébiles, ne devront pas oublier leur état et cesser de se surveiller.

En dehors de l'état de gestation, elles ne pourront que profiter d'une analyse d'urine, qui souvent leur permettra d'agir à temps.

Même en l'absence d'albumine, elles devront éviter les excès de toute nature, et préférer le régime végétarien, laxatif et reposant, donnant moins de toxines à éliminer et moins de travail à leurs organes épurateurs touchés.

Et dans ces cas, chez des malades que l'on pourra suivre longtemps, il ne sera pas inutile de rechercher l'état de perméabilité de leur filtre rénal au moyen du bleu de méthylène.

Si l'épreuve du bleu est favorable, et que l'examen clinique de la malade ne relève pas de troubles généraux et fonctionnels sérieux, comme le fait se présente parfois avec une élimination régulière du bleu, on pourra se montrer moins sévère. Si la prudence est recommandable, il est bon cependant de ne pas soumettre la parturiente à un régime trop débilitant quand on n'y est pas absolument obligé.

## CONCLUSIONS

Nous avons constaté, sans pouvoir en déterminer la cause, qu'un certain nombre de femmes albuminuriques, devenant enceintes, faisaient exception à la règle générale et supportaient albuminurie et grossesses répétées sans voir pour cela leur état s'aggraver notablement.

A côté des albuminuries permanentes graves, il y a donc lieu de distinguer chez la parturiente une espèce spéciale dont le pronostic est différent.

Les éléments de différenciation du pronostic seront basés sur la polyurie, le rapport de la toxicité sanguine et urinaire, l'absence ou la présence de cylindres dans les urines, l'étendue des territoires atteints, l'état des éléments touchés et la suppléance possible de ces éléments lorsqu'il y a présence de cylindres dans les lésions parcellaires.

Chez ces albuminuriques, comme chez les autres accouchées, l'allaitement au sein maternel est recommandable et doit être préféré à tout autre mode d'élevage.

---

Vu : le Président de la thèse,
BUDIN

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


BLANDEAU. — Albuminurie des multipares. Thèse de Paris, 1896-1897.

BOISSARD. — Leçons de thérapeutique obstétricale (Extrait de la Médecine moderne, 1898).

BRAULT. — Traité de médecine Charcot, Bouchard, Brissaud T. V. Maladies des reins.

BUDIN et DEMELIN. — Manuel d'accouchements.

CACAULT. — Albuminuries massives. Thèse de Paris, 1904.

CAILLARD. — Albuminurie survenant pour la première fois chez une multipare. Thèse de Paris, 1897-1898.

CASSIN. — Recherches sur l'albuminurie de la grossesse. Thèse de Paris, 1881.

DUBOZ. — Contribution à l'étude de l'albuminurie gravidique. Thèse de Paris, 1900.

DUMAS. — De l'albuminurie chez la femme enceinte. Thèse d'agrégation. Paris, 1880.

GAMULIN. — Allaitement chez les albuminuriques. Thèse de Paris, 1896.

JEANSELME. — Traité de médecine, Brouardel et Gilbert. T. V. Art. Albuminurie.

LECORCHÉ et TALAMON. — Traité d'albuminurie.

PETIT. — Albuminurie des femmes enceintes. Thèse Paris, 1876.

RIBEMONT, DESAIGNES et LEPAGE. — Précis d'Obstétrique. Art. Albuminurie.

TARNIER, CHANTREUIL et BUDIN. — Traité d'Accouchements. Art. Albuminurie.

VALETTE. — L'albuminurie à l'hôpital Tenon. Thèse Paris, 1900.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS..... 9
CHAPITRE I. — Introduction et généralités..... ..... 11
CHAPITRE II. — Grossesses répétées chez les brightiques.... 15
CHAPITRE III. — Grossesses répétées chez les albuminuriques. 23
CHAPITRE IV. — Diagnostic et pronostic..... 33
CHAPITRE V. — Allaitement chez les albuminuriques..... 37
CHAPITRE VI. — Traitement..... 39
CONCLUSIONS..... 41
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE..... 43

Imp. de la Faculté de médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.